Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik in München.
Vorstand: Prof. Dr. Eymer.

STANFORD UNIVERSITY
NOV
17
1938
LIBRARY

Über den extraperitonealen Kaiserschnitt.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von

Hans Joachim Scharfe
aus München.

1938

Buchdruckerei Hohenhaus, Marquartstein i. Chiemgau
(bisher München, Landwehrstraße 29).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153307_0234

Aus der Universitäts-Frauenklinik in München.
Vorstand: Prof. Dr. Eymer.

Über den extraperitonealen Kaiserschnitt.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von

Hans Joachim Scharfe
aus München.

1938

Buchdruckerei Hohenhaus, Marquartstein i. Chiemgau
(bisher München, Landwehrstraße 29).

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Referent: Professor Dr. Josef Eymer.

Disposition.

Geschichtliche Entwicklung der Schnittentbindungen.

Die Technik des extraperitonealen Kaiserschnitts in der Frauenklinik München.

Indikationen und Resultate des extraperitonealen Kaiserschnitts vom 30. 11. 1908 bis 31. 12. 1935.

a) Enges Becken.
b) Placenta praevia
c) Eklampsie.
d) Verschiedene Indikationen
   1. mütterlicherseits
   2. kindlicherseits.

Kritik der Methode.

Die Ursprünge der Schnittentbindungen finden wir bereits im 6. Jahrhundert v. Chr. Damals wurde von Numa Pompilius ein Gesetz erlassen, nach dem keine verstorbene Schwangere beerdigt werden durfte, bevor ihr nicht das Kind aus dem Leib geschnitten war. Die »aus dem Leib Geschnittenen« nannte man Caesones oder Caesaren. Das Wort Sectio Caesarea ist eigentlich eine Tautologie. Wir finden es zum ersten Male im 17. Jahrhundert. Im Jahre 1610 schildert der Chirurg Jeremias Trautmann aus Wittenberg einen einwandfreien Fall eines Kaiserschnitts. Es wurde eine Frau am Ende der Schwangerschaft durch einen Faßreifen am Unterleib so verletzt, daß ihr das Kind aus dem Leib genommen werden mußte. Sie bekam, wie man es damals nannte, einen »Gebärmutterbruch«. Das Kind blieb am Leben, die Mutter jedoch starb 4 Wochen post partum aus unbekannter Ursache; sie hatte das Bett bereits verlassen.

Im Lauf der Folgezeit wurden zur Rettung des mütterlichen Lebens vielfach Schnittentbindungen versucht, die hohe Mortalität der Mütter schreckte jedoch die Operateure vor der Vornahme dieser Operation. Man erkannte recht bald, daß das Gelingen der Operation abhängig war von der Art der Ausführung, der Gründlichkeit der Blutstillung, der Versorgung der Wundflächen, der Rücksichtnahme auf spätere unvermeidliche Wundsekretion, das Nahtmaterial, kurz von vielen, auf dem Gebiet der Technik liegenden Fragen. So kam es, daß die Operateure seit der Vornahme des ersten Kaiserschnitts ständig auf der Suche nach einer günstigen Ausgestaltung der Technik der Schnittentbindungen waren. Es ist nun auch nicht

verwunderlich, daß die Vorschläge für den Bauchschnitt, den Uterusschnitt, die Versorgung der Uteruswunde und die Nachbehandlung der Operierten recht mannigfach und zahlreich sind. Mit die größten Schwierigkeiten machte die Wahl des Uterusschnittes, denn es läßt sich denken, daß dieses im Wochenbett so unruhige Organ einer Wundinfektion wenig Widerstand bietet, ja sie sogar begünstigen kann. So ist es erklärlich, daß Porro für eine Entfernung des Uterus nach der Schnittentbindung sprach, um dem Fortschreiten einer Infektion bei wahrscheinlich unsauberen Fällen von vornherein Einhalt zu bieten. Dieses Verfahren hatte selbstverständlich seine Nachteile. Es führte erstens zu einer weiteren Gebärunmöglichkeit und zweitens kam es selbstverständlich zu damals unüberwindbaren und nicht zu behebenden Ausfallserscheinungen bei den Operierten, da ja die Ovarien ebenfalls entfernt wurden. Man mußte also etwas Neues und Besseres an die Stelle der Porro'schen Operation setzen. Wenn man nun schon fast 100 Jahre an einer Verbesserung der Methoden mit Scharfsinn gearbeitet hatte, fanden jetzt Sänger und Kehrer des Rätsels Lösung. Sie sahen den Grund für eine Infektion im Wochenbett in der Kommunikation der Uterus- mit der Bauchhöhle und zwar durch die schlecht versorgte Uteruswunde. Man ging also daran, die Schnittwunde am Uterus sorgfältig in zwei Etagen zu vernähen und mit Peritoneum zu überdecken. Restlos zufrieden war man aber mit den Erfolgen der Operation immer noch nicht und entdeckte als Quelle für eine Infektion das Eiinnere bezw. das nach dem Blasensprung infizierte Cavum uteri. Es ist erklärlich, daß man in neuester Zeit auf der Suche ist, die Technik so zu gestalten, daß eine Infektion des Operationsfeldes durch das Eiinnere ausgeschaltet wird. So versuchte bereits 1907 Frank die Eröffnung des Peritoneums zu umgehen und sich durch Ablösung der Blase und des Peritoneums oberhalb der Symphyse einen Eingang in die Gebärmutter zu verschaffen. Dabei stieß er auf derartige Schwierigkeiten, daß er es vorzog, die Bauchhöhle ober-

halb der Symphyse doch zu eröffnen und beide Peritonealblätter (Viscerales und Parietales) miteinander zu vernähen. Der Gedanke des extraperitonealen Operierens wurde von Sellheim aufgegriffen und verwirklicht. Sellheim präparierte das Blasenperitoneum ab und konnte nach Zurückschieben der Blase und des Peritoneums extraperitoneal operieren. Er machte dabei die Entdeckung, daß die Plica vesico-uterina bei den einzelnen Frauen verschieden lag. Diesen Umstand brachte er in Zusammenhang mit der bereits geleisteten Geburtsarbeit des Uterus und der infolgedessen entstandenen Ausziehung des unteren Uterinsegmentes. Es läßt sich denken, daß bei ungenügender vorangegangener Wehentätigkeit die genannte Operation sich sehr schwierig gestaltete. Unabhängig von Sellheim hatten schon Küstner, Latzko und Döderlein die Technik des extraperitonealen Kaiserschnitts ähnlich ausgearbeitet.

Die Technik des extraperitonealen Kaiserschnitts in der Universitäts-Frauenklinik München.

Wenn Döderlein ursprünglich die Durchtrennung der Bauchdecken durch Inguinalschnitt angegeben hatte, um so möglichst schnell an die seitliche Blasenwand zu gelangen, so kam er wegen der technischen Schwierigkeiten, die sich ihm dabei boten, bald davon ab. Es wird deshalb seit dem Jahre 1908 in der Universitäts-Frauenklinik München die Bauchdecke stets durch Längsschnitt eröffnet. Wichtig ist dabei, daß der Schnitt unbedingt bis an den oberen Rand der Symphyse gelegt wird, da man sich damit das Operieren in der Tiefe erleichtert. Im übrigen muß man bei der Durchtrennung der einzelnen Schichten der Bauchdecke recht vorsichtig vorgehen, um bei der evtl. recht dünn ausgezogenen Bauchwand eine vorzeitige Verletzung des Peritoneums zu vermeiden. Nun kommt wohl der schwierigste Teil der Operation, nämlich das Aufsuchen des cervikalen Teils des Uterus. Man schiebt stumpf, d. h. mittels Tupfern oder Gaze die Blase seitlich ab. Ist das Abschieben der Blase gelungen, so sucht man die Bauchfellumschlagsfalte auf, die als weißlich schimmernde quere Linie sichtbar wird. Je nach vorangegangener Geburtsarbeit bezw. Wehentätigkeit des Uterus und der damit verbundenen Ausziehung des unteren Uterinsegmentes wird die Umschlagsfalte höher heraufgerückt oder näher nach der Symphyse zu zu finden sein. Ist es gelungen, die Plica einwandfrei zu finden, dann wird das Peritoneum stumpf nach oben abgelöst. Nun ist die Schnittfläche an der Cervix freigelegt. Wichtig ist jetzt, daß der Uterusschnitt nicht zu sehr seitlich gelegt

wird, da sich hier meistens größere Gefäßbündel befinden, die verletzt durch starke Blutungen das ganze Operationsfeld unübersichtlich machen. Es folgt die Eröffnung der Cervix durch Längsschnitt. Der Schnitt wird fast am äußeren Muttermund begonnen und reicht bis an das Peritoneum. Je nach Sitz der Insertion der Placenta wird es nun aus den Schnittflächen mehr oder minder bluten. Diese Blutung wird man jedoch durch schnellste Entleerung der Uterushöhle und gleich anschließende Naht der Wundränder stillen. Die Entwicklung des Kindes erfolgt meistens durch Zange; handelt es sich natürlich um eine Steiß- bezw. Querlage, so wird man am Beckenende extrahieren. Die Placenta wird am günstigsten direkt nach Extraktion des Kindes durch das Operationsfeld entfernt. Um atonische Nachblutungen zu vermeiden, wird ein Hypophysenpräparat und Gynergen seitlich vom Schnitt in den Uterus gespritzt. Es folgt nun der Schluß des Uterus durch Knopf- oder fortlaufende Nähte, jedoch in zwei Etagen. Ist der Uterus verschlossen, so wird die Blase über die Schnittwunde gelegt. Nun kommt der Schluß der Bauchdecken in Etagennähten. Dabei wird man, um die Bildung irgendwelcher toter Räume zu vermeiden, das Bindegewebe oberhalb der Blase und seitlich mitfassen. Es kann, um eine pp. Wundheilung zu erzielen, eine Drainage, die aus dem untersten Wundwinkel herausführt, gelegt werden. Das wird jedoch von Fall zu Fall zu entscheiden sein.

Indikationen und Resultate.

Rein zahlenmäßig bildete die Hauptindikation zum extraperitonealen Kaiserschnitt in der Universitäts-Frauenklinik München das »Enge Becken«.

Auch hier unterschied man ebenso wie bei der Indikation zum intraperitonealen Kaiserschnitt eine absolute, d. h. es lag

eine absolute Gebärunmöglichkeit selbst nach Zerstückelung des Kindes vor, von einer relativen Indikation, d. h. zur Rettung des kindlichen Lebens war die Operation unbedingt notwendig.

Von den seit 30. 11. 1908 bis 31. 12. 1935 ausgeführten 710 extraperitonealen Kaiserschnitten wurden insgesamt 553 wegen engen Beckens vorgenommen. Dabei hatte die Klinik 31 Todesfälle.

Davon starben an:

Ileus	3
Sepsis	5
Peritonitis	12
Atonie	3
Herzschwäche	3
Pneumonie	3
Embolie	1
genitales Fieber	1

Bei den 12 Todesfällen an Peritonitis wurde das Peritoneum viermal verletzt. Diese 4 Fälle können also nicht unbedingt als extraperitoneal operiert angesehen werden. Bei 3 Todesfällen an Ileus wurde während der Operation das Peritoneum zweimal verletzt. Es sind also auch hier 2 keine rein extraperitonealen Operationen.

5 Fälle starben an Sepsis, davon wurde einmal 34 Stunden und einmal 26 Stunden nach dem Blasensprung operiert. 2 Patientinnen hatten schon vor der Operation 37,8 bezw. 38,0 Temperatur (rect. Messung).

Bei diesen 4 so gelagerten Fällen hätte vermutlich eine andere Art der Schnittoperation auch zu einem tödlichen Ausgang geführt.

1 Sepsisfall wurde verursacht durch ein, über den ganzen Rücken verbreitetes Erysipel. Die Patientin kam am 12. Tag p. op. ad exitum.

3 Todesfälle wurden kurz nach der Operation durch schwerste Atonie verursacht.

3 Patientinnen starben an Herzschwäche. Atonie und Herzschwäche sind beides Todesursachen, die nicht unbedingt der Schnittentbindung zur Last gelegt werden können.

1 Fall von Embolie, sowie 1 Fall von Pneumonie belasten die Statistik, sind jedoch nicht reine Kaiserschnittstodesfälle.

Es bleibt nun noch 1 Fall, der an genitalem Fieber starb.

Anschließend lasse ich zur genaueren Übersicht die Todesfälle der wegen engen Beckens extraperitoneal Operierten folgen:

Todesfall am 4. Tag. Jleus. Peritoneum eingerissen 4 cm.

Todesfall am 8. Tag, Sepsis. 4 Tage vor der Geburt Wehen, Blase 34 Std. gesprungen. Zervikalsekret jauchend, stinkend. Temp. 38,8. Von Traunstein gekommen. Peritoneum nicht eingerissen.

Todesfall am 10. Tag, Sepsis. Blase 4 Std. gesprungen, Temp. 37,8. Peritoneum nicht eingerissen.

Todesfall an reiner Atonie des Uterus. (Std. p. op.) Blase 10 Std. gesprungen, Temp. 36,9. Peritoneum 1 cm Riß.

Todesfall 3 Std. p. op. an Herzschwäche. Sektion verweigert. Blase bei Operation gesprengt. Temp. 37,1. Peritoneum nicht verletzt.

Todesfall am 6. Tag, paralyt. Jleus. Blase bei Operation gesprengt. Peritoneum 1 cm eingerissen.

Todesfall am 31. Tag, Thrombose der Uterusvenen. Pneumonie. Blase bei Operation gesprengt. Peritoneum unverletzt.

Todesfall am 7. Tag, Pneumonie. Thrombose der parametr. Venen. In Schleißheim Wendung und Zange versucht. Blase 22 Std. gesprungen, Temp. 36,8. Peritoneum nicht verletzt.

Todesfall am 6. Tag an Herzschwäche, Blase 7 Std. gesprungen. Temp. 37,6. Peritoneum 1 cm verletzt.

Todesfall am 9. Tag an Ileus. Blase 6 Std. gesprungen. Temp. 37,5. Peritoneum nicht verletzt.

Todesfall am 4. Tag, Peritonitis. Blase 9 Std. gesprungen, Temp. 37,2. Peritoneum 3 cm verletzt. Peritonealfalte schwer auffindbar. Fruchtwasser stinkend. Wiederholter Kaiserschnitt.

Todesfall am 12. Tag. Seit dem 9. Tage am Rücken Erysipel. Sepsis. Blase 45 Std. gesprungen. Temp. 37,5. Peritoneum unverletzt.

Todesfall 4 Std. nach der Geburt an Herz- und Atemlähmung. Sektion Prof. Schmincke. Reiner Herztod, keine Verblutung. Blase bei der Geburt gesprengt. Temp. 37,2. Peritoneum intakt.

Todesfall am 6. Tag, Peritonitis. Blase 6 Std. gesprungen, Temp. 36,2. Peritoneum intakt.

Todesfall am 2. Tag. Klinisch Peritonitis, nicht seziert. Blase 17 Std. gesprungen. Temp. 37,2. Fruchtwasser übelriechend. Kultur negativ. Peritoneum beim Zurückschieben 5 cm Einriß.

Todesfall am 3. Tag. Klinisch Peritonitis. Blase 10 Std. gesprungen. Temp. 36,5. Peritoneum unverletzt.

Todesfall am 2. Tag. Sektion: Peritonitis. Blase $16^1/_2$ Std. gesprungen. Temp. 36.5. Peritoneum unverletzt.

Todesfall am 21. Tag. War am 14. Tag bei Wohlbefinden entlassen worden, am 16. Tag Wiederaufnahme. Sektion: Bronchopneumonie. Wallnußgroßer Abzeß zwischen rechter Zervixwand und Blase. Keine Peritonitis, Blase bei Operation gesprengt. Temp. 37,2. Peritoneum unverletzt.

Todesfall am 6. Tag. Sektion: Endometritis septica, Phlegmone des vesikalen, zervikalen und paravesikalen Spatiums diffuse fibrinöse Peritonitis. Blase bei Operation gesprengt. Temp. 37,5. Peritoneum unverletzt.

Todesfall am 5. Tag. Sektion verweigert. Vorher bis auf Uterus reichende, stinkende Wundhöhle eröffnet. Blase 5 Std.

vor Operation gesprungen. Temp. 38,4. Genitales Fieber. Peritoneum unverletzt.

Todesfall am 7. Tag. Sektion: Peritonitis von Operationswunde ausgehend. Hinter Colon desdend Abszeß. Keine Nekrosen in Leber und Nieren. Blasensprung unbekannt. Temp. 37,8. Peritoneum unverletzt.

Todesfall am 22. Tag, eitrige Peritonitis, paranephritische Abszesse. Blasensprung 15 Std. Peritoneum intakt.

Todesfall am 15. Tag, Embolie.

Todesfall 2 Std. p. op., sek. Wehenschwäche, Atonie. Peritoneum intakt.

Todesfall am 5. Tag, Peritonitis. Peritoneum intakt.

Todesfall nach 2 Std., Atonie, Verblutung. Peritoneum intakt.

Todesfall am 5. Tag, Peritonitis. Blasensprung 1 Std. Peritoneum intakt.

Todesfall am 7. Tag. Klinische Diagnose: Sepsis. Blase bei Operation gesprengt. Temp. 38,0. Peritoneum unverletzt.

Todesfall am 21. Tag. Klinische Diagnose: Sepsis, Peritonitis. Blase 26 Std. gesprungen. Temp. 39,0. Peritoneum intakt.

Todesfall am 5. Tag. Peritonitis? nicht seziert. Blase bei Operation gesprengt. Temp. 37,9. Peritoneum 2 cm Einriß.

Todesfall am 12. Tag. Klinisch: Streptokokken-Peritonitis. Sektion verweigert. Blase 16 Std. vor Operation gesprungen. Temp. 37.3. Peritoneum 5 cm Einriß.

Bei 9 Fällen, die wegen engen Beckens und Weichteilschwierigkeiten operiert wurden, gab es 1 Todesfall; als Todesursache finden wir Peritonitis. Hier jedoch wurde bei der Operation das Peritoneum und die Harnblase verletzt. 7 Kreisende wurden wegen engen Beckens kombiniert mit Eklampsie bezw Eklampsismus operiert. Hier war 1 Todesfall zu ver-

zeichnen, die Patientin starb am 1. Wochenbettstag an Herz- und Atemlähmung.

Unter 9 Fällen von engem Becken und Nabelschnurvorfall findet sich kein Todesfall. 2 Patientinnen wurden wegen engen Beckens und Schamfugensporn operiert. Bei beiden verlief das Wochenbett normal.

Unter 10 Fällen, bei denen wegen engen Beckens und Gesichtslage ein extraperitonealer Kaiserschnitt vorgenommen wurde, findet sich kein Todesfall.

5 enge Becken mit Stirnlage kombiniert bildeten eine weitere Indikation zur extraperitonealen Schnittentbindung, auch hier verlief das Wochenbett normal.

2 Patientinnen wurden aus rein kindlicher Indikation operiert. Es handelte sich beide Mal um übergroße Kinder. Auch hier finden sich keine Besonderheiten im Wochenbett.

Zahlenmäßig die nächstgrößte Indikation zum extraperitonealen Kaiserschnitt bildete die Placenta praevia.

Es wurden vom 30. 11. 1908—31. 12. 1935 50 Fälle wegen Placenta praevia operiert. Trotz der großen Anzahl der Operierten weist die Statistik nur 5 Todesfälle auf.

Davon starben an:

Verblutung	3
Peritonitis	1
Bindegewebsphlegmone	1

Die 3 an Verblutung verstorbenen Fälle wird man sicher nicht der Operationsmethode als solcher zur Last legen können. 1 Patientin starb am 8. Tag an Peritonitis, hier wurde während der Operation das Peritoneum eingerissen. 1 Patientin starb an den Folgen einer Bindegewebsphlegmone, diese Erkrankung ist sicher mit der Operationsmethode in Zusammenhang zu bringen.

Bei den nun folgenden 39 Fällen, die wegen einer Eklampsie operiert wurden, weist die Statistik 10 Todesfälle auf.

Es starben davon an:

Eklampsie	8
Herzschwäche	1
Pneumonie	1

Es kann also nachweislich bei 10 Todesfällen unter 39 Eklampsieoperierten die Todesursache nicht in der Operationsmethode gesucht werden. Es findet sich hier kein einziger Fall von Peritonitis oder ein genital bedingtes Fieber. Auch irgendwelche nennenswerte Bindegewebseiterungen lassen sich hier nicht nachweisen.

Es folgt anschließend eine Zusammenstellung der Todesfälle.

Todesfall. Temp. 39,0 bei Geburt. Am 2. Tag gestorben. Sektion: lobuläre Pneumonie, Leber- und Nierenveränderungen. Peritoneum nicht eingerissen.

Todesfall am Tage der Entbindung. Wehenlos. Peritoneum nicht verletzt.

Todesfall am 3. Tage. Blase bei der Operation gesprengt. Temp. 39,0. Peritoneum 4 cm eingerissen.

Todesfall am Tage der Entbindung. Temp. 37,5. Peritoneum nicht verletzt.

Todesfall. Temp. 37,8. Am 1. Tag gestorben. Keine Sektion.

Todesfall 5 Min. p. op. im Anfall. Temp. 37,0. Keine Sektion.

Todesfali während der Operation im Anfall.

Todesfall während der Operation bei Eklampsismus.

Todesfall am 5. Wochenbettstag. Völlige Anurie, Nierendekapsulation. Peritoneum nicht verletzt.

Todesfall am 2. Tag an Herzschwäche.

Als weitere Jndikation zum extraperitonalen Kaiserschnitt finden wir 2 Fälle mit Weichteilschwierigkeiten. Bei einem Fall handelt es sich um Narbenenge der Scheide und bei einem fand sich eine unüberwindbare, fast sehnige Rigitität des Muttermundes, beide Patientinnen hatten ein normales Wochenbett. Auf 6 Fälle von vorzeitiger Plazentarlösung trifft ein Verblutungstod, 3 Stunden p. op., 4 Fälle wurden wegen zunehmender nephritischer Oedeme operiert, auch hier 1 Todesfall. Die Patientin starb am 3. Tag nach der Operation an einer Grippepneumonie, verbunden mit nephritischem Lungenoedem. Von 5 Patientinnen, die wegen verschleppter Querlage operiert wurden, starben 2.

1 Patientin starb am 3. Tag an Jleus. Hier wurde das Peritoneum während der Operation in einer Länge von 10 cm eingerissen.

Bei dem 2. Fall finden wir als Todesursache (5. Tag) Sepsis. Es war bei dieser Patientin auswärts ein Wendungsversuch gemacht worden. Es bleibt nur noch 1 Fall, der wegen schwerem Vitium Cordis operiert wurde, er verlief komplikationslos.

Anschließend folgt eine Zusammenstellung von zeitlich aufeinanderfolgend je 100 Kaiserschnitten und die auf sie entfallenden Todesfälle der Mütter und Kinder, sowie ihre Todesursachen.

Vom 30. Nov. 1908—27. April 1914
100 extraperitoneale Kaiserschnitte.

8 Todesfälle der Mütter:

3 Eklampsien
1 Sepsis, 8 Tg. (v. auswärts am 8. Tg. m. 38,8 eingebracht, 34 Std. Blase gespr.)
1 Ileus, 4 Tg.

1 Sepsis, 10 Tg.
1 Herzschwäche, 3 Std. p. op.
1 Atonie, 6 Std. p. op.

10 Todesfälle der Kinder:

2 Lebensschwäche
5 Asphyxien
1 verschl. Querlage Erstickung
1 am 2. Tg., Atelektase
1 am 2. Tg. Todesursache unbekannt.

Vom 4. Mai 1914—18. März 1918
100 extraperitoneale Kaiserschnitte.

7 Todesfälle der Mütter:

2 Eklampsien
1 paral. Ileus, 6 Tage
1 Pneumonie, 31 Tg. Venenthromb. Plex. ut.
1 Pneumonie, 7 Tg. par. Ven. Thromb.
1 Sepsis, 5 Tg. (auswärts Wendungsversuch aus Querlg.)
1 Herzschwäche, 6 Tg.

7 Todesfälle der Kinder:

1 Sklerodermie, 7 Tage
1 am 3. Tag
1 Chloroformvergiftung
1 3 Std. p. op., unbek. Ursache
1 Thymushyperplasie, 1 Tag
1 Asphyxie, 10 Min.
1 am 2 Tg., 2400 gr

Vom 29. April 1918—20. Oktober 1920
100 extraperitoneale Kaiserschnitte.

5 Todesfälle der Mütter:

1 Ileus, 3 Tage
1 Ileus, 9 Tage

1 Peritonitis, 4. Tag
1 Erysipel-Sepsis. 12. Tag
1 Nephrit., Grippepneumonie, 3 Tage keine Peritonitis,

7 Todesfälle der Kinder:

1 Soorsepsis, 20 Tage
1 Totgeb., Plazenta praevia
1 Lebensschwäche (1700 g)
1 Zwilling, Deb. vit., 45 cm, 33. Tag
1 Spina bifida. Wasserkopf, 1. Tag
1 6. Tag, unbek Ursache
1 Astphyxie. 7. Tag

Vom 20. Okt. 1920—11. April 1923
100 extraperitoneale Kaiserschnitte.

10 Todesfälle der Mütter:

1 rein Herztod, 3 Std. p. op. (k. Verblut , Prof. Schmincke)
1 Peritonitis, 6. Tag
1 Peritonitis, 2. Tag (klin. nicht seziert)
1 Peritonitis, 3. Tag (klin nicht seziert)
1 Peritonitis, 2. Tag
1 Bronchonpneum., 21. Tag (Abszeß zw. r. Cervixwand und Blase)
1 Peritonitis 6 Tag (Phlegm. ves. spat.)
1 Peritonitis, 5 Tag (Sektion verweigert)
1 Peritonitis, 7. Tag
1 Sepsis, 7. Tag

11 Todesfälle der Kinder:

1 Nabelsepsis, 21. Tag
1 Asphyxie, 10 Min. p. op.
1 Asphyxie
1 Hirnblutung, 2 Std. p. op.
1 Hydrops foet. univ., 5 Min. p. op.
1 unbek. Ursache, 3. Tag

1 Asphyxie, nicht wiederbel.
1 Asphyxie, nicht wiederbel.
1 Asphyxie nicht wiederbel.
1 Asphyxie 20 Min. p. op.
1 Anencephalus, 25 Min. p. op.

Vom 13. April 1923—14. Mai 1926
100 extraperitonealer Kaiserschnitte.

7 Todesfälle der Mütter:

1 Sepsis, 21. Tag
1 Eklampsie, 1. Tag
1 Peritonitis, 8. Tag sez.
1 Peritonitis, 7. Tag nicht sez.
1 Peritonitis, 5. Tag nicht sez
1 Eklampsie, 5 Min. p. op.
1 Peritonitis, 12. Tag Strept Kult.

13 Todesfälle der Kinder:

1 Asphyxie, 12 Std. p. op.
1 Asphyxie, 12 Std. p. op.
1 Asphyxie, 10 Min. p. op.
1 Zwilling, 8. Tag
1 off. For ov., 8. Tag
1 Luftwegekatarrh 3. Tag
1 Asphyxie, 2 Std. vorz. Plaz. L.
1 Asphyxie, 1 Std
1 Gehirnblutung, 4. Tag
1 Eklampsie, 10 Min.
1 Zwilling, 1800 g, 1 Std.
1 Nabelsepsis, 11 Tag
1 Sepsis? 8. Tag

Vom 18. Mai 1926—31. Dezember 1929
100 extraperitoneale Kaiserschnitte.

10 Todesfälle der Mütter:

2 Peritonitis
2 Eklampsie
2 Plazenta praevia, Verblutung
1 multip. embolische Lungenabszesse
2 Sepsis
1 toxische Schädigung n. Diphtherie der Vagina u. des Uterus.

9 Todesfälle der Kinder:

1 Mecon. Aspirat. bei Gaumenspalte, 1. Tag
1 Ursache unbek., 2. Tag
1 Erstickung bei Plazenta praevia
1 Struma congenitalis
4 Asphyxien
1 Spina bifida

Vom 31. Dez. 1929—31. Dez. 1935
110 extraperitoneale Kaiserschnitte.

13 Todesfälle der Mütter:

5 Peritonitis
3 Verblutung n. Plazenta praevia
2 Kreislaufschwäche n. Atonie
1 Herzschwäche n Eklampsie
1 Embolie
1 Eklampsie völlige Anurie

9 Todesfälle der Kinder:

3 Asphyxien
1 Melaena
4 totgeboren?
1 Frühgeburt Eklampsie

Wir finden also eine Sterblichkeit von 5—13 % bei den Müttern und 7—13 % bei den Kindern. Diese Prozentzahlen sind aber nicht der Operationsmethode zur Last zu legen, denn ich habe ja bereits einzeln die Verschiedenartigkeit der Todesursachen ausgeführt. Es würde also in Wirklichkeit die reine Sterblichkeitsziffer wesentlich niedriger liegen.

Zu erwähnen ist, daß es natürlich bei einer beträchtlichen Anzahl der Fälle zu mehr oder minder ausgedehnter Wundeiterung bezw. sekundärer Wundheilung kam, je nach Reinheit der Fälle Es findet sich jedoch bei der großen Anzahl nur ein einziger Fall, der auf Grund einer Bindegewebsphlegmone die Patientin ad exitum brachte.

Kritik der Methode.

Das rein extraperitoneale Operieren ist entschieden umständlicher und schwieriger als der klassische Kaiserschnitt oder die verschiedenen Methoden der transperitonealen Verfahren. Dem Geübten jedoch bietet auch der extraperitoneale Kaiserschnitt nicht unbedingt wesentliche Schwierigkeiten.

Von vielen Autoren wird der Einwand gebracht, daß eine Keiminvasion auf das Peritoneum nicht so gefährlich wäre, wie eine Infektion des Bindegewebes. Dem ist zu erwidern, daß man die Infektion des Bindewebes jederzeit durch eine Drainage, wie es in der Frauenklinik weitgehend geschehen ist, steuern kann. Es gab auch, wie ich in der Arbeit nachwies, nur einmal bei rund 710 Operierten eine tötliche Wundinfektion. Für die große Anzahl der Operationen und ihre sonstigen Erfolge ist dieser einzig dastehende Fall völlig belanglos.

Richtig ist der Einwand, daß bei der angegebenen Operationsmethode eine Verletzung des Peritoneums oft nicht zu vermeiden ist. Für solche Fälle ist es jedoch gleichgültig, ob man nun zum intraperitonealen Operieren übergeht oder von vornherein intraperitoneal operiert hat.

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß für alle Fälle, bei denen schon längere Zeit ein Blasensprung vorangegangen war bezw. die als infiziert anzusehen sind, der extraperitoneale Kaiserschnitt dem intraperitonealen immer vorzuziehen ist.

Literatur.

Holtermann, Unsere Stellung zum extraperitonealen Kaiserschnitt, Arch. f Gyn. 145/566
Nürnberger, Arch. f. Gyn. 142/106
Küstner, Der abdominale Kaiserschnitt
Döderlein, Leitfaden d. geburtshilfl Operationen
Halban-Seitz, Die Biologie des Weibes
Kaboth, Zentralblatt f. Gynäk., Der extraperitoneale Kaiserschnitt.

Lebenslauf.

Am 15. Februar 1907 wurde ich als Sohn des damaligen Polizei-Distrikts-Kommisars Paul Scharfe und seiner Ehefrau Franziska geb. Paul in Adelnau (Prov. Posen) geboren. Nach dem Besuch verschiedener Gymnasien, zuletzt Reformrealgymnasium Halle-Saale, bestand ich am 10. März 1928 das Abiturientenexamen. Ich studierte dann 4 Semester in Halle und 2 Semester in Berlin Medizin. Im Sommer 1931 bestand ich das Physikum in Berlin. Vom Wintersemester 1931/32 an studierte ich in München und bestand am 9 VI. 1934 daselbst das „Medizinische Staatsexamen". Meine ärztliche Zulassung erhielt ich am 15. Juni 1935. Seit dieser Zeit bin ich Assistenzarzt in der Klinik „Mütterheim-München".